UNIVERSITE DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1923-1924 2e Série N° 264

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Evaluation des incapacités des membres

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 26 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

THOMAS Marcel-Emile-Maurice

né le 19 Août 1893, à Pexonne (M.-&-M.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. Pierre PARISOT, professeur..... *Président.*
ETIENNE, professeur.....
HAMANT, agrégé..... *Juges.*
MUTEL, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE M. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES
—
1924

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1923-1924 2e Série N° 264

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Evaluation des incapacités des membres

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 26 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

THOMAS Marcel-Emile-Maurice

né le 19 Août 1893, à Pexonne (M.-&-M.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. Pierre PARISOT, professeur..... *Président.*
ETIENNE, professeur.....
HAMANT, agrégé..... *Juges.*
MUTEL, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE M. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1924

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Assesseur : M. E. SIMON, ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. A. NICOLAS, ✲, I ✪ ; A. PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; A. HERRGOTT, O. ✲, I ✪ ; WEISS, O ✲, I ✪.

Professeurs.

Chimie médicale et toxicologie	M. L. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. E. MACÉ, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. E. SIMON, ✲, I ✪
Histoire naturelle médicale	M. P. VUILLEMIN, ✲, I ✪
Médecine légale	M. P. PARISOT, O ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. P. HAUSHALTER, ✲, I ✪
Anatomie pathologique	M. L. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. A. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. R. FROELICH, ✲, I ✪
Physiologie	M. M. LAMBERT, ✲, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪
Histologie	M. R. COLLIN, ✲, I ✪.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, ✲, I ✪
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. P. ANDRÉ, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. G MICHEL, ✲, I ✪.
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique	M. L. RICHON, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. DUFOUR ✲, I ✪.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, I ✪.

Chargés de cours complémentaires.

Accouchements (cours théorique)	M. S REMY, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. M. PERRIN, ✲, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, O ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, O ✲, I ✪, agrégé
Pathologie externe	M. A. BINET, I ✪, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. BINET, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. L. CAUSSADE A ✪, agrégé.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, A ✪, agrégé,
Clinique des maladies mentales	M. R. LALANNE, I ✪.
Cours d'hydrologie	M. M. PERRIN, ✲, I. ✪, agrégé.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, ✲, I ✪, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. LAMY, I ✪, agrégé.
Education physique	P. MATHIEU, A ✪, agrégé.

Agrégés en exercice

M. M. PERRIN, ✲, I ✪.	M. P. JEANDELIZE, A ✪.	M. WATRIN, ✲, I ✪.
M. G. THIRY, ✲, I ✪.	M. L. CAUSSADE, A ✪.	M. HAMANT, I ✪.
M. J. PARISOT, O ✲, I ✪.	M. M. BARTHÉLEMY, ✲, I ✪.	M. CORNIL, I ✪.
M. P. MATHIEU, A ✪.	M. LAMY, I ✪.	M. DE LAVERGNE, I ✪.
M. L. JOB, ✲, I. ✪.	M MUTEL, ✲, A ✪.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✲, I ✪ ; G. GROSS, ✲, I ✪ ; S. REMY, I ✪ ; M. BUSQUET, I ✪ ; BINET, I ✪ ; FAIRISE, A ✪.

M. A. PACAUD, I ✪, Secrétaire.
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS,

faible témoignage de tendresse et de reconnaissance

A MA SŒUR,

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE ET DE MON BEAU-FRÈRE

Morts au Champ d'honneur

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur Pierre PARISOT,

Professeur de Médecine légale,
Médecin en chef de l'Hôpital Saint-Julien,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur ETIENNE,

Professeur de Clinique médicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Monsieur le Professeur agrégé HAMANT.

Monsieur le Professeur agrégé MUTEL,

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Celui qui, en 1913, nous aurait prédit que 1924 verrait la fin de nos études médicales aurait été traité de fou, car qui de nous aurait pu imaginer qu'il faille onze ans pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ?

La guerre est venue ; après cinq années passées loin des livres, il nous a fallu reprendre les études. Nous y étions bien peu disposé par le repos intellectuel de cinq ans, qu'avaient d'ailleurs favorisé bon nombre de médecins et parmi eux de nos maîtres de Paris et du Midi, en nous utilisant dans des fonctions de surveillance en notre qualité d'étudiant en médecine. C'est là un exemple de plus de l'utilisation des capacités dans l'armée.

Nous emportons de la Faculté beaucoup de souvenirs et de regrets ; tout d'abord notre pensée va à M. le Professeur Parisot, qui nous accueillit si aimablement pendant notre internat dans son service à Saint-Julien ; il nous a prodigué sans compter ses conseils et a mis à notre disposition les ressources de son expérience. Après nous avoir inspiré notre thèse, nous avoir guidé dans son élaboration, il nous fait le grand honneur de présider notre thèse.

A M. le Professeur Etienne, nous devons beaucoup de nos connaissances, nous emporterons le souvenir d'un maître bienveillant et bon, et nous le remercions d'avoir

accepté d'être notre juge. C'est un grand plaisir de compter parmi nos juges MM. les Professeurs Hamant et Mutel qui ont été pour nous des guides toujours aimables.

M. le Professeur Haushalter a bien voulu nous recevoir cette année dans son service, nous lui sommes reconnaissant de nous avoir initié aux maladies infantiles. M. le Professeur Vautrin nous a beaucoup appris, nous avons toujours reçu dans son service un accueil paternel que nous n'oublierons pas.

Qu'il nous soit permis d'adresser un hommage ému à la mémoire du regretté maître, le Professeur Rohmer ; ses brillantes et claires cliniques sont encore vivaces en nous. Nous remercions M. le Professeur Jeandelize d'avoir parfait notre éducation et de nous avoir si aimablement accueilli dans son service.

De MM. les Professeurs Spillmann, Frœlich, Richon, Jacques Parisot, Perrin, Caussade, Binet et Barthélémy, nous emportons le meilleur souvenir.

INTRODUCTION

Voici trois ans que, dans son laboratoire, le Professeur P. Parisot nous a accueilli ; il nous a fait assister à ses expertises sur les accidents du travail, c'est là que nous l'avons vu appliquer son barème, nous avons appris à l'apprécier, aussi, c'est avec plaisir que, sur ses conseils, nous avons entrepris de le commenter et d'en montrer l'application. Nous avons étudié, ici, les lésions des membres seulement, parce qu'en pratique, elles sont les plus nombreuses.

Notre premier chapitre comprendra un historique rapide de l'établissement des barèmes.

Au chapitre II, nous indiquerons les raisons qui nous ont amené à élaborer un barème et les règles qui nous ont guidé.

Dans le 3e chapitre, nous en montrerons le fonctionnement et ses variations pour les diverses lésions, en tenant compte de l'état physiologique et du genre de travail de l'ouvrier.

Au chapitre IV, nous exposerons les différences entre l'accommodation et l'amélioration.

L'examen du blessé, par l'expert, sera étudié dans le chapitre V avec un paragraphe pour la simulation.

Nous terminerons dans le chapitre VI, par des considérations sur les blessures multiples, consécutives ou simultanées ; puis suivra un bref résumé de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique des barèmes

Avant 1898, le principe ancien des réparations des accidents du travail était fixé par l'article 1382 du Code pénal ainsi conçu : « Quiconque cause à autrui un dommage par sa faute est tenu de le réparer. »

On aurait pu croire que cet article était appliqué scrupuleusement par le patron et que l'ouvrier recouvrait ainsi, sans peine et sans discussion, en argent, l'incapacité qui l'empêchait de payer son pain. C'était là une lourde erreur !

En effet, pour que l'ouvrier puisse toucher une rente, il fallait qu'il prouve que l'accident lui était survenu pendant son travail et incombait au patron. Pour cela, il devait trouver deux témoins pour signer sa déclaration.

En réalité l'ouvrier blessé, à tort peut-être, ne pouvait obtenir de témoins. Ses compagnons, craignant que leur rapport écrit soit la cause de leur renvoi, ou du commencement des ennuis qui allaient survenir sans délai avec le patron et par suite n'aboutisse à un renvoi ultérieur, très prochain.

Tous ces blessés, accidentés du travail, devenus infirmes

sans pension, étaient alors rejetés de l'usine, tombaient à la charge de la collectivité et finissaient leurs jours dans les hôpitaux et hospices. Quelques-uns intentaient des procès sans fin ; quand ils se terminaient bien, l'ouvrier avait lentement, mais sûrement dépensé toutes ses économies car le patron objectant l'imprudence, l'ivresse, faisait appel.; généralement l'ouvrier, à bout, acceptait une indemnité insuffisante et restait livré à lui-même, sans travail et sans perspective de place ; un employeur, redoutant l'inhabileté d'un infirme, ne voulait pas s'exposer à des accidents plus fréquents qui augmenteraient le nombre de rentes à payer.

Depuis longtemps déjà fonctionnait dans les pays voisins (Etats Scandinaves, Allemagne, Autriche, Suisse, etc.) une loi réglant les accidents du travail, mais ce n'est qu'après de longs débats que fut votée en France la loi du 9 avril 1898. Elle obligeait le patron à assurer ses ouvriers, mais elle ne donnait pas un barème, n'indiquait pas de tarifs de base malgré l'amendement de Dron déposé en juin 1893. Dron pensait : « Qu'il n'arriverait pas une fois sur vingt qu'une blessure entraînât des conséquences différentes de celles qui pourraient être établies par la moyenne et conclut qu'avec une certaine base, l'ouvrier blessé, au lieu de recevoir du tribunal une somme variable suivant les cas, recevra une somme forfaitaire suivant la catégorie dans laquelle il a été classé, ce qui éviterait les procès. »

D'autres, à l'instar des industriels, toujours pour diminuer le nombre des procès, auraient voulu qu'on tarifât tant pour un œil, tant pour une jambe ; c'eût été facile, mais aussi arbitraire, car un même accident n'a pas la même conséquence dans toutes les industries.

Pour l'établir, Brouardel divise les ouvriers en quatre catégories :

1° Les journaliers ;

2° Les ouvriers se servant surtout des membres inférieurs ;

3° Les ouvriers se servant surtout des membres supérieurs ;

4° Les ouvriers d'art.

La même année, en 1902, Rohmer, de Nancy, avait publié une évaluation des incapacités professionnelles. Il avait puisé ses documents dans les législatures étrangères en vigueur, surtout en Allemagne, en Suisse et en Autriche. En effet, où faire ses recherches en 1902, quand la loi date de quatre ans à peine, alors qu'en Allemagne, les médecins et juges avaient déjà une expérience de seize ans ? Les chiffres qu'il donne sont les résultats acquis par les jugements de la jurisprudence de la Basse-Autriche. Il n'essaye pas d'établir une base mais donne seulement des chiffres considérés par la magistrature étrangère comme devant indemniser les accidentés du travail.

Si Brouardel avait eu le mérite de trouver le premier un point de départ juste en se basant sur les différentes catégories de travailleurs et par là, mettre en valeur cette loi que, malgré tout, il faut dans toute incapacité ne pas voir la lésion seule mais aussi l'ouvrier et son métier, il nous a gratifié d'un barème à trop grandes oscillations ; le plus souvent les incapacités varient du simple au double, il laisse trop de marge à l'expert, c'est le seul reproche qu'on puisse lui faire ; de son travail sont parties de nombreuses recherches et en particulier celles de Remy sur la physiologie des fonctions ouvrières, puis viennent

les appréciations d'Ollive, d'Oddo, de Forgue, dans leurs traités sur les accidents du travail, puis les travaux des magistrats, enfin les barèmes militaires et des assurances.

Depuis longtemps déjà, dans son cours de médecine légale, notre maître, prodiguant à ses élèves les leçons de son expérience, réservait tous les ans une partie de ses heures de cours pour traiter la question si vaste et si à l'ordre du jour des accidents du travail. Au début, il n'oubliait jamais de nous décrire la vie des accidentés avant la loi de 1898, cette loi que tant ont attaquée et qui a été et qui est encore non une juste réparation due aux victimes du travail, mais un compromis, un forfait qui donnait à l'ouvrier la certitude que, s'il n'était pas indemnisé complètement, du moins il aurait une réparation évaluée à la moitié de sa capacité.

CHAPITRE II

Utilité d'un barème

Nous sommes étonné, en comparant tous les barèmes, de constater qu'aucun, jusqu'ici, n'essayait de donner, ainsi que le demandait Drox, un chiffre de base ; aussi notre maître, qui avait eu le bonheur de suivre assidûment les séances de conciliation tenues par le Président Barrabino, de Nancy, a essayé dans les discussions fertiles en renseignements entre l'ouvrier, l'assureur et le magistrat, d'établir un barème d'invalidité. Dans ces séances de conciliation, l'ouvrier énumérait les raisons de son incapacité en expliquant au juge la difficulté qu'allait apporter dans son travail son infirmité, il spécifiait les mouvements intéressés et expliquait le maniement des outils ; d'autre part, l'assureur citait, à l'appui de ses dires, des exemples sanctionnés par des tribunaux d'infirmités semblables, ayant donné droit à une indemnité moins forte que celle demandée par l'ouvrier. Là, intervenait le bon sens et l'expérience du juge qui, souvent, voyait son intervention couronnée par l'acceptation des deux partis.

Après avoir compulsé les différents barèmes publiés

dans la littérature médicale et ceux des assurances (qui leur sont le plus souvent favorables), aidé de son expérience personnelle, le Professeur P. Parisot établit une base qu'il a modifiée plusieurs fois en partant des règles suivantes :

1° Pour faire une évaluation, il faut toujours considérer que le tarif le plus fort sera accordé à la perte du membre à sa racine ; il vous semblera peut-être que cet énoncé est bien puéril, cependant, il est nécessaire de le rappeler, car on a entendu des médecins affirmer que la perte de la main était supérieure à celle de l'avant-bras. Nous nous passerons de commentaire. L'indemnité diminuera de l'épaule à la main et de la cuisse au pied.

2° Pour évaluer les lésions consécutives à des traumatismes portant sur les os, nerfs, muscles, artères et veines, il nous a fallu nous appuyer sur les lésions articulaires et sur les amputations ; de cette directive, de ce point de départ, s'est déduit cette règle capitale : que rien ne peut faire admettre qu'une infirmité, si grande soit-elle, devienne supérieure à la perte du membre.

Il est évident par exemple qu'un doigt ankylosé en rectitude ou en flexion, si gênant qu'il puisse être pour le travail, ne donnera pas lieu à une indemnité plus forte que la désarticulation du doigt. Si l'ouvrier prétexte, peut-être avec raison, que l'indemnité accordée est trop faible, il y aura lieu, à ce moment, de lui proposer l'amputation. Dans ce cas, il faudra obtenir l'acceptation des deux partis, d'une part l'ouvrier, d'autre part l'assureur. De plus, s'ils acceptent tous les deux, la Compagnie d'assurances conserve, pour elle seule, tous les risques, au cas où il surviendrait, soit une complication consécutive à l'opération, soit la mort sous l'anesthésie.

Il en est de même pour les ankyloses du membre inférieur ; nous pouvons affirmer qu'une ankylose de la jambe, en position favorable, sera toujours plus avantageuse pour le blessé que la perte du membre et ne donnera pas lieu à une rente aussi élevée ; même dans le cas d'ankylose en flexion. Il sera toujours possible au blessé de s'appareiller dans de meilleures conditions, au point de vue anatomique, qu'avec un moignon consécutif à une amputation, moignon souvent douloureux et plus ou moins étoffé.

3° Les chiffres concernant les amputations et les désarticulations nous donnent le taux qu'on devra accorder à tout blessé appareillé, et nous pourrons redire avec Oppo « que c'est seulement quand l'éducation du mutilé sera faite que l'on pourra parler de consolidation. La consolidation du membre inférieur ne s'établit pas comme la cicatrisation du membre supérieur, mais par la possibilité d'appliquer un appareil prothétique et de marcher correctement. »

Barème de M. le Professeur Parisot

		TAUX	INDICE d'activité	INDICE professionnel
Bras	Désarticulation	80	+ 5	± 10
	Amputation 1/3 moyen	75	+ 5	± 10
Avant-bras	Désarticulation	70	+ 5	± 5
	Amputation 1/3 moyen	65	+ 5	± 5
Main	Perte complète	60	+ 5	± 5
Pouce	Pouce plus métacarpien	25	+ 1	± 3
	Pouce seul	20	+ 1	± 3
	Pouce une phalange	10	+ 1	± 3
Index	3 phalanges	12	+ 1	± 3
	2 —	8	+ 1	± 3
	1 —	4	+ 1	± 2
Médius	3 —	9	+ 1	± 3
	2 —	6	+ 1	± 3
	1 —	3	+ 1	± 2
Annulaire	3 —	6	+ 1	± 3
	2 —	4	+ 1	± 3
	1 —	2	+ 1	± 2
Auriculaire	Plus métacarpien	8	+ 1	± 3
	3 phalanges	6	+ 1	± 3
	2 —	4	+ 1	± 3
	1 —	2	+ 1	± 2
Cuisse	Désart. ou amput. inter-trocant.	85		± 10
	Amputation tiers supérieur	75		± 10
	— tiers moyen	70		± 10
	— tiers inférieur	65		± 10
Jambe	Désart. ou amput. tiers supérieur	60		± 5
	— — tiers moyen	55		± 5
	— sus-malléolaire	50		± 5
Pied	Désarticulation	48		± 5
	Ricard	35		± 5
	Chopard	35		± 5
	Lisfranc	25		± 5

			TAUX	INDICE d'activité	INDICE professionnel
Tous les orteils			15		± 2
Premier orteil sauf 1er et 5e			0		± 2
Deux orteils			3		± 2
Trois orteils			5		± 2
Gros orteil			8		± 2
Phalange unguéale du 1er			3		± 2
Gros orteil plus métatarsien			13		± 2
Cinquième seul			2		± 2
— plus métatarsien			7		± 2
Perte des deux membres			100 %		
Raccourcissements	Petits	1 cent.	0		± 0
		2 cent.	4		± 2
		3 cent.	6		± 2
		4 cent.	8		± 2
		5 cent.	10		± 2
	Moyens	6 cent.	12		± 5
		7 cent.	14		± 5
		8 cent.	16		± 5
		9 cent.	18		± 5
		10 cent.	20		± 5
	Grands	11 cent.	22		± 10
		12 cent.	24		± 10
		13 cent.	26		± 10
		14 cent.	28		± 10
		15 cent.	30		± 10
Ankyloses complètes (positions favorables)	Épaule		40	+ 5	± 15
	Coude		30	+ 5	± 15
	Poignet		20	+ 5	± 10
	Hanche		50		± 15
	Genou		30		± 15
	Cou-de-pied		20		± 10

CHAPITRE III

Fonctionnement, applications

Quand on consulte le barème de G. Brouardel, on constate une oscillation énorme de ses pourcentages ; si nous nous reportons à son tableau, nous constatons pour le membre supérieur droit :

Désarticulation du bras, 50 à 90 %.
Désarticulation du coude, 50 à 90 %.
Perte de la main, 45 à 90 %.

Nous comprenons alors les difficultés de l'expert qui doit, en s'appuyant sur ces chiffres, chercher une évaluation moyenne pour ne pas exposer son blessé à recourir à d'autres expertises. M. le Professeur P. Parisot nous disait que, souvent, il avait entendu les jeunes médecins se plaindre du défaut de barème-guide, qui leur donnerait des évaluations moyennes leur permettant d'établir des taux qui satisferaient l'ouvrier et l'assureur. C'est à quoi il a tendu dans l'établissement du sien. Il a voulu établir une base qui, pouvant être élevée ou abaissée, restera cependant dans les moyennes reconnues jusqu'ici

dans la jurisprudence française. Pour cela, il a dû admettre, à côté du chiffre de base, des nombres-indices ou indices, appelés par lui indice d'activité physiologique et indice professionnel.

Indice d'activité physiologique

Nous appellerons ainsi le nombre, le pourcentage qu'il faudra ajouter à la base si l'ouvrier est droitier, dans les lésions du membre supérieur droit, ou gaucher dans celles du membre supérieur gauche. Quand, de par son genre de travail, l'ouvrier sera aussi habile des deux mains, il faudra, quel que soit le membre blessé, ajouter l'indice d'activité.

Comme sa dénomination l'indique, l'indice jouera aussi en raison du facteur de l'âge ; un ouvrier âgé ne pourra s'accommoder comme un ouvrier jeune, il n'aura plus l'habileté de se créer des suppléances ; comme disait Remy, « l'usure humaine est proportionnelle au nombre des années, qu'elle est un risque dû à l'accomplissement de la vie comme le risque professionnel est dû à l'exercice de la profession. » Remy l'évalue à 5 %, c'est trop ou trop peu, il ne peut être aussi fixe, il variera suivant l'importance de la lésion, car on ne peut donner le même taux à un ouvrier amputé du bras qu'à celui qui a perdu un doigt, on tiendra compte du segment du membre lésé. La question de l'âge est appréciée différemment par nombre d'experts. Les uns, avec Rohmer, disaient que l'ouvrier étant vieux devait, puisqu'il ne pouvait s'adapter et qu'il toucherait moins longtemps qu'un jeune, avoir une rente plus élevée ; d'autres, invoquant que le blessé était à l'âge ou allait atteindre l'âge de la retraite, étaient d'avis

d'indemniser légèrement le blessé. Nous avons tenu compte de l'âge dans nos évaluations.

Indice professionnel

C'est le pourcentage que l'on accorde à l'ouvrier qui, exerçant une profession plus spécialisée serait donc plus lésé qu'un ouvrier ayant la même infirmité mais n'exerçant pas la même profession. Ainsi, nous accorderons une rente plus élevée à un peintre ayant perdu sa main droite qu'à un facteur qui se sert plus spécialement de ses membres inférieurs. Cet indice pourra être appliqué dans les deux sens, en plus ou en moins ; si nous reprenons l'exemple cité plus haut, pour la perte de la main, notre barème nous donnant 60 + 5 + 5, le taux du peintre sera de 60 + 5 + 5 = 70.

Pour le facteur, 60 + 5 « indice d'activité » = 65, si c'est un homme âgé, si non, nous aurons 60 + 5 — 5 = 60.

Si le facteur est jeune, nous pourrons appliquer le chiffre minimum de 55.

Ce chiffre sera le taux limite au-dessous duquel on ne pourra descendre, quelle que soit la lésion, sans arriver à donner à un blessé une incapacité qui ne correspondrait plus au dommage causé par l'accident.

Les bases de notre barème peuvent se décomposer. En partant du chiffre moyen, on peut, en ajoutant ou en soustrayant les indices, arriver à un minimum ou à un maximum ; ce minimum ne peut devenir inférieur au chiffre moyen de la lésion sous-jacente et réciproquement, ainsi :

Désarticulation du bras : 80 + 5 ± 10.

Amputation bras tiers moyen : 75 + 5 ± 10.

Le minimum pour la désarticulation est de : 80 + 5 — 10 = 75.

Il n'est pas inférieur au chiffre moyen de l'amputation du bras quelle que soit la profession du blessé, chiffre qui est de 75.

Il en est de même pour l'amputation du bras au tiers moyen et la désarticulation du coude.

Désarticulation du coude : 70 + 5 ± 5.

Amputation du bras tiers moyen : 75 + 5 — 10 = 70.

On pourrait multiplier ainsi les exemples.

La variation de ces deux facteurs permet une approximation plus grande que celle de Brouardel tout en tenant compte de la profession de l'ouvrier et de son habileté.

L'évaluation de la main a soulevé maintes controverses ; notre barème ne permet pas une évaluation inférieure à 55 % : ce chiffre a été établi pour correspondre à la somme des évaluations de la perte de tous les doigts ; en effet, nous obtenons :

Pouce	20 %
Index	12 %
Médius	9 %
Annulaire	6 %
Auriculaire	6 %.
Total	53 %

53 approche de près le minimum de 55, si nous tenons compte de la perte des métacarpiens, nous aurons :

$$25 + 12 + 9 + 6 + 8 = 60$$

qui est le chiffre moyen de l'évaluation de la main.

Nous ne sommes pas de l'avis d'Ollive qui, dans son

livre des incapacités, prétend « qu'on ne peut obtenir la valeur totale de l'incapacité de la lésion de plusieurs doigts en additionnant les chiffres obtenus isolément pour l'évaluation de l'incapacité de chaque doigt ; une telle manière de faire aboutirait à des résultats erronés. Les tribunaux français et allemands n'évaluent presque jamais l'incapacité par un tel calcul ». Cependant, si nous nous reportons au tableau d'Ollive, nous constatons que son évaluation supporte très bien l'addition et que la somme des taux accordés à tous les doigts arrive à peu près à la valeur de la perte totale de la main :

Pouce	30 %
Index	20 %
Médius	12 %
Total.....	62 %

Ce chiffre de 62 se rapproche du maximum de 70 donné par l'auteur ; nous supposons que cette différence de 8 % correspond à la suppression des deux derniers doigts considérée par Ollive comme une perte minime ; la jurisprudence actuelle accorde jusqu'à 15 %.

Avec notre barème, nous restons toujours fidèle à notre règle de ne pas dépasser la perte complète de la main par l'addition des chiffres représentant la valeur des doigts ; chaque doigt ayant sa valeur propre et si l'on peut dire, sa valeur potentielle de suppléance. En effet, quand l'index a disparu, le médius à ce moment entre en jeu ; l'ouvrier par son travail, sa patience, sa volonté et son habileté va suppléer à la perte de l'index par son medius ; si le médius disparaît, le mutilé perd ainsi dans son doigt non seulement la valeur propre du médius, mais aussi la

valeur de remplacement que ce doigt possédait à l'égard de l'index. Il sera plus facile de suppléer à la perte d'un doigt de chaque main qu'à celle de deux doigts d'une même main, car si le médius peut suppléer à l'index, l'annulaire ne le peut. Le blessé amputé du médius et de l'index droit est au moins, sinon plus lésé que l'ouvrier qui a perdu l'index droit et le médius gauche.

Calcul de l'incapacité absolue

On dit qu'un ouvrier est atteint d'incapacité absolue ou totale quand il ne peut produire pour vivre. Celui qui en est atteint est un homme qui, seul, ne peut se soigner et doit recevoir l'assistance d'une autre personne. Le faible salaire qu'il pourrait gagner est insuffisant à payer les soins qu'il reçoit, on doit donc le considérer comme quantité négligeable et ne jamais en tenir compte dans une revision ; actuellement, on accorde l'incapacité permanente totale à tout blessé ayant perdu deux membres, mais sont plus particulièrement lésés ceux qui sont amputés des deux bras, ou d'un bras et d'une jambe du même côté.

Avec notre barème, pour trouver l'incapacité totale, nous additionnons les chiffres donnés pour chaque lésion en particulier ; pour un ouvrier amputé des deux mains, $60+60=120$. Nous dépassons le chiffre de 100 % ; nous pouvons affirmer que, malgré le faible salaire obtenu dans son travail nouveau, l'ouvrier pourra à peine suffire à payer les soins dont il a besoin et à s'entretenir lui-même.

Pour la perte des pieds, l'application peut différer selon la profession, par exemple ;

Un employé de bureau obtiendra : 48 + 48 = 96, se rapprochant de l'incapacité totale, tandis qu'un facteur pour lequel jouera l'indice professionnel, nous obtenons : 96 + 5 = 101 %, nous lui accorderons 100 %.

Calcul des raccourcissements

Cette question a fait couler beaucoup d'encre ; les uns ne veulent pas indemniser au-dessous de 3 centimètres, d'autres le veulent. En principe, on ne donne pas de rente pour 1 centimètre parce que l'inclinaison du bassin compense la lésion, mais au delà de 1 centimètre, nous croyons qu'il est nécessaire d'indemniser pour payer les frais et entretenir la chaussure orthopédique utile à la marche, sans parler même de l'incapacité proprement dite.

Dans la littérature médicale, nous ne trouvons que les barèmes de G. Brouardel et Remy qui taxent les raccourcissements. Celui de Brouardel est trop lâche ; de 1 à 5 centimètres, il accorde de 0 à 45 %, au-dessus de 5 centimètres, de 25 à 60 % : son application est donc difficile. Par analogie avec la diminution de longueur des membres par amputation, nous avons étudié les raccourcissements avec conservation du pied. Nous les avons subdivisés en trois catégories en donnant pour chaque variété un indice que l'on pourra faire jouer en plus ou en moins.

Cette manière de voir se rapproche sensiblement des moyennes indiquées par Remy, qui sont :

De 1 à 3 centimètres, 5 %.
De 3 à 6 centimètres, 10 à 15 %.
De 7 à 13 centimètres, 15 à 30 %.

Les chiffres indiqués par l'indice professionnel n'impliquent pas leur application intégrale du maximum ou du minimum. L'expert peut et doit le faire jouer en plus ou en moins, en tout ou en partie, exemple : le taux du raccourcissement de 6 centimètres = 12 + 5, le maximum est 17 et le minimum 7. Le médecin a donc à sa disposition une très forte variation, mais il conserve le chiffre moyen de 12 autour duquel doivent graviter les considérations physiologiques et professionnelles, variables suivant chaque individu.

CHAPITRE IV

L'accommodation

On appelle accommodation « la récupération de la valeur ouvrière, malgré la persistance des lésions, elle diffère de la suppléance, car l'ouvrier se sert de son moignon, de ce qui lui reste de l'organe indemnisé, tandis que dans la suppléance, il effectue le mouvement avec un autre segment de membre, exemple : suppléance de l'index par le médius. Elle ne pourra être obtenue que par l'ouvrier consciencieux, désireux de recouvrer son intégrité professionnelle, il lui faudra mettre en œuvre sa patience, son intelligence et son habileté.

Dans l'accommodation, il en sera de même, nous ne voulons pas parler ici de l'accommodation ou amélioration considérée au point de vue anatomique, mais de l'accommodation réalisée par l'ouvrier et résultant de sa seule volonté, de sa persévérance et de ses efforts.

Si les efforts de l'ouvrier ne sont pas récompensés, il en résultera une incapacité permanente partielle bien plus élevée, l'ouvrier ne faisant rien pour s'accommoder restera infirme. La loi ne tient pas compte de la bonne

volonté du blessé, « elle entend dédommager seulement la diminution dans la capacité du travail et non les infirmités ».

La Cour de Nancy (1er mars 1900) disait : « L'ouvrier atteint de l'incapacité permanente partielle n'a droit à aucune pension quand son patron le reprend après guérison et lui paye le même salaire qu'avant l'accident. » Heureusement que c'est un jugement de 1900, car quelle simplicité, quelle facilité pour le patron d'employer ainsi l'ouvrier au même salaire pour le diminuer plus tard, quand l'époque de la revision sera passée. La Cour de Bordeaux, qui n'est pas de l'avis de celle de Nancy, le 12 mars de la même année, rendait un jugement ainsi conçu : « Subit une incapacité permanente l'ouvrière qui a perdu une partie d'un doigt, alors même que, dans l'atelier où elle travaillait, d'autres ouvrières, auxquelles le même accident est survenu, continuent à gagner le même salaire. »

La Cour de Cassation, en 1908, après avoir dit que : « Le juge doit rechercher dans quelle proportion la capacité de l'ouvrier a été diminuée par suite de l'accident », a évolué puisqu'elle cassait un arrêt de la Cour de Paris en date du 6 juillet 1909 parce que : « Sans contester les appréciations de l'expert qui évaluait l'incapacité à 3 ou 4 %, la Cour avait refusé d'allouer une rente pour ce motif, du fait que cette diminution de capacité n'est susceptible de faire subir aucune réduction de salaire. »

Cet arrêt, rendu avec le même esprit que celui de la Cour de Bordeaux, ne répond pas aux suggestions des assureurs qui ne veulent souvent envisager que la question salaire. Pour tout assureur, et souvent nous l'avons entendu au laboratoire de notre maître, tout gain égal au

salaire d'avant l'accident devrait entraîner la suppression de toute rente.

Nous reprenons l'exemple fourni par M. le Professeur Parisot à Ruzie dans sa thèse et nous pouvons constater qu'un jeune tourneur sur métaux âgé de 22 ans, atteint d'ankylose complète du coude droit, et atteint d'une paralysie complète de la main a été indemnisé de 65 % ; après la consolidation, le blessé a changé de métier, il a appris à écrire de sa main gauche, puis a réussi à entrer dans les bureaux de l'usine comme employé et, très rapidement, longtemps avant sa revision, il toucha un salaire supérieur à celui de sa profession primitive. La revision n'a pas modifié son taux.

Pouvait-il être question de diminuer la rente de ce blessé ? évidemment non, ce sont des cas plutôt rares et à comparer, à l'exemple classique cité par le docteur Liniger, de Cologne : Un blessé ayant subi l'amputation des deux bras réalisait un gain égal à celui des autres ouvriers dans la profession de cantonnier ; c'est ce que nous appellerons l'accoutumance exceptionnelle.

Cependant, il y a une accoutumance que nous qualifierons de normale, c'est celle dont il est toujours tenu compte dans l'évaluation de l'incapacité, exemple : un blessé a subi une amputation d'une phalange d'un doigt ; pendant 5 à 6 mois, il conservera un moignon douloureux ; cette douleur disparaîtra et, au moment de la revision, on n'en tiendra pas compte, car au début, dans la première évaluation, on a soustrait tacitement la valeur temporaire de ce facteur ; il en est de même pour l'œdème consécutif aux fractures des membres inférieurs qui disparaît au bout d'un an environ.

Si dans l'évaluation, au lieu de la diminuer au début,

on en a tenu compte dans l'énumération des lésions, des signes objectifs et subjectifs, on devra au moment de la revision abaisser la rente de l'ouvrier.

Il existe cependant un cas où, grâce à son accommodation, le blessé et l'assureur sont d'accord pour faire le rachat de la rente. Une mise en possession immédiate d'un certain capital, pour convenance personnelle, peut être d'un grand secours au blessé, mais celui-ci, ayant une incapacité qui dépasse 100 francs de rente, doit, d'accord avec son assureur, demander au médecin l'abaissement du pourcentage de l'invalidité. Nous croyons que devant cette entente des parties et sur une demande faite dans un but utilitaire, nous ne devons pas nous y refuser.

CHAPITRE V

Examen d'un accidenté

Quand un blessé vient se présenter à l'expert pour obtenir le taux de son invalidité, souvent celui-ci n'a d'autres renseignements que ceux fournis par le blessé. Ils doivent être consignés sans omission, puis le médecin devra s'enquérir des circonstances de l'accident et seulement passer à l'examen de la région lésée.

Membre supérieur. — Au début, il ne faut pas demander si le blessé est droitier ou gaucher, mais le faire déshabiller, l'observer sans en avoir l'air, en l'interrogeant sur son travail, lui faire spécifier les mouvements particuliers à sa profession, lui demander ce qu'il peut faire maintenant, quel a été son travail depuis son accident et en quoi il a été modifié. Ce seront des considérations utiles pour établir les indices.

On passe ensuite à l'examen clinique ; il faut déterminer d'abord si l'axe du membre est normal, puis rechercher les cicatrices, les décrire, indiquer leur souplesse ou leur adhérence, si elles sont douloureuses ou indolores ; on passe après aux tissus sous-cutanés, aux muscles, aux os.

L'expert recherchera la dureté du muscle en contraction, mesurera son atrophie en prenant des points de repère.

Pour les os, il devra noter les déformations, les cals et la douleur. L'étude de la mobilité est une partie importante, les mouvements d'extension, de flexion pour le bras, de flexion, d'extension, de supination et de pronation pour l'avant-bras, enfin tous les mouvements du membre lésé seront examinés ; on notera la diminution de leur amplitude ou l'abolition. Pour mesurer leur limitation, on s'adressera au goniomètre ou à un appareil semblable.

Nous employons toujours pour cette mesure le flexi-mètre du docteur Hanriot, de Nancy. « Cet appareil est un compas dont les deux branches sont articulées à l'une de leurs extrémités et rendues mobiles dans le sens horizontal. L'axe est formé par deux plaques circulaires concentriques, mobiles respectivement avec l'une ou l'autre branche. La plaque extérieure portant une graduation en degrés et la plaque intérieure un indice marquant zéro, quand les deux branches sont superposées, il est facile, en mettant l'axe qui est percé d'un trou au niveau d'un point de repère, tel que l'épicondyle, de mesurer exactement, pour le coude par exemple, la limite des mouvements de flexion et d'extension. » Au moment de la revision, on compare les mesures anciennes aux nouvelles. Cet instrument ne peut servir dans l'étude des mouvements de supination et de pronation, aussi nous employons d'autres moyens. Nous plaçons le blessé assis devant une table, les deux bras allongés sur celle-ci, en faisant immobiliser l'humérus par un aide ; nous avons pu constater que des mouvements de supination et de pronation, qui nous paraissaient normaux quand l'ouvrier

était debout, nous étaient révélés diminués par ce moyen appelé par le Professeur Pierre Parisot « Signe de la Table ». Pour leur limitation, nous fixons un rapporteur par sa base sur la face latérale d'une règle, par exemple, pour lui conserver la position verticale, puis, plaçant en face de son centre l'auriculaire de la main (le bras situé dans la position du signe de la table), on fait exécuter le mouvement de supination puis de pronation ; sans déplacer le petit doigt, on lit alors sur le rapporteur le chiffre placé en face de l'index de la main, ce qui permet une assez grande approximation de leur diminution.

La sensibilité devra être recherchée avec grand soin car la névrite, la douleur, le fourmillement, les lancées doivent être payés. Là il ne faut pas être trop crédule, le signe de la dilatation de la pupille est pour nous un guide sûr.

Pour apprécier la diminution de la force, on peut se servir des haltères à poids progressifs pour faire les mouvements d'élévation, d'abduction, d'adduction du bras. Le dynamomètre sera utilement employé en ayant soin de recouvrir d'étoffe l'acier pour ne pas blesser l'accidenté. Enfin, il faudra tenir compte si l'ouvrier est gaucher ou droitier. En règle générale, la force est plus grande à droite qu'à gauche ; on devra répéter plusieurs fois les exercices, car l'ouvrier s'adapte et obtient le maximum de pression au deuxième ou troisième essai, puis après survient rapidement la fatigue du côté lésé ; on notera les mesures maxima obtenues du côté droit et du côté gauche.

Membre inférieur. — Rémy dit que l'appréciation se fait au mètre, la longueur a en effet une grande impor-

tance. L'examen se fera sans vêtements ; le moyen le plus simple et le plus juste est de mettre sous la plante du pied du membre le plus petit (le sujet dans la position debout) des feuilles de carton de même épaisseur adhérant facilement l'une à l'autre jusqu'au moment où on constate que les deux crêtes iliaques sont sur la même ligne horizontale. La mesure de l'épaisseur des feuilles est celle du raccourcissement ; la mesure de celui-ci dans la position couchée donne une approximation moins grande, car les mouvements d'abduction ou d'adduction diminuent ou allongent le membre. On étudiera l'atrophie de la même façon qu'aux membres supérieurs puis ensuite la mobilité : la marche à plat révélera l'existence de raideurs articulaires ; on fera monter au blessé un escalier, on le mettra dans la position accroupie et sur la pointe du pied, les haltères à la main. Les différents mouvements des membres seront mesurés s'ils sont limités comme pour le membre supérieur.

La sensibilité aura une part importante dans l'examen car une diminution au niveau de la plante du pied comme au niveau des doigts amène un trouble dans les mouvements et, par suite, est préjudiciable à l'ouvrier obligé de monter à l'échelle ou travaillant sur les toits.

Pour les ankyloses, nous devrons nous souvenir qu'on dit qu'un membre est dans une ankylose favorable quand le genou est en extension, la hanche en rectitude, le coude en flexion, le poignet en position moyenne dans l'axe du membre.

L'ankylose de la main, quelle que soit sa position, est toujours défavorable ; il faudra déterminer la limitation des mouvements et l'atrophie, facteurs les plus importants dans une lésion articulaire.

Amputation. — D'après Nové-Josserand, un moignon d'amputation est toujours pathologique dans une certaine mesure car il est le siège de modifications d'ordre trophique résultant de nouvelles conditions de vie et de fonctions de vie dans lesquelles il se trouve. D'abord il est gros, puis infiltré ; la peau ne s'assouplit que peu à peu. D'après Martin, il faut faire travailler le blessé le lendemain de l'amputation de l'avant-bras, pour amener rapidement le moignon à son état normal. Aujourd'hui, on emploie la physiothérapie, les bains, le massage, la gymnastique, puis on entreprend rapidement le travail. On n'appréciera le taux d'invalidité qu'après appareillage, aussi celui-ci sera rapide. Nous pourrons dire avec Oddo que le membre qui ne peut être appareillé devra être taxé d'incapacité totale.

Ce ne sera pas toujours facile et de nombreuses complications pourront venir retarder et empêcher la prothèse, ce sont : les cicatrices, les lésions du squelette et des muscles.

1° Les cicatrices peuvent être irrégulières : elles sont plus ou moins larges, s'ulcèrent par frottements ou par contusions, ou bien déprimées quand les lambeaux sont trop longs ; quand elles sont adhérentes, elles présentent de gros inconvénients, car à chaque pas le blessé, en faisant le mouvement de pompe, tiraille sa cicatrice. En général, les cicatrices vicieuses peuvent provoquer de la douleur, de l'œdème, puis l'ouverture et consécutivement une ulcération que seul le repos sans appareil guérit ;

2° Du côté du squelette les difficultés viennent des déformations : dans l'amputation haute, la section perpendiculaire peut servir à retenir un appareil prothétique qui glisse si la section est oblique.

Dans l'amputation des deux os, il arrive que la section n'est pas à la même hauteur, d'où un moignon irrégulier et déformé et par suite difficulté d'adapter une prothèse.

L'hyperostose est une complication fréquente dans les amputations faites dans un milieu infecté. Le périoste, en proliférant, forme une calotte coiffant l'extrémité inférieure de l'os, ou une sorte de bague ou de manchon. Les déformations de la tige osseuse sont souvent dues à des fractures vicieusement consolidées avec cal angulaire qui désaxe le membre ;

3° Les rétractions musculaires sont communes et résultent de lésions articulaires infectées. Les causes en sont complexes. Une part revient à l'immobilité prolongée des moignons et à leur maintien dans une attitude vicieuse par des bandages ; une part revient aux douleurs vives qui sont responsables des cas de flexion du genou et d'adduction du fémur et de l'humérus. Une part importante revient aux rétractions résultant du défaut d'équilibre des divers groupes musculaires : ainsi la rétraction du tendon d'Achille après un Chopart et le génu-valgum après une amputation de jambe.

Nous avons eu l'intention d'ajouter un index pathologique applicable dans les cas où les appareils pourraient être posés sans donner satisfaction au blessé ; il nous aurait fallu admettre une oscillation trop grande allant depuis l'évaluation de la perte d'une partie d'un membre à la suppression totale et par là à l'incapacité permanente absolue.

Il ne faudra jamais terminer l'examen sans analyser les urines de l'ouvrier. La recherche de l'albumine et du sucre s'impose, car leur présence peut expliquer un retard de cicatrisation ou une complication d'ordre général.

De la nécessité d'une évaluation minutieuse de l'incapacité

C'est un rôle parfois bien ingrat que de faire une expertise pour un accident du travail.

Se laisser aller à un sentiment d'humanité, les assurances seront seules à en supporter les frais : c'est là l'utilité d'un barème qui, sans vouloir lier le médecin, lui indique cependant une moyenne ; faire naître des espérances d'une évaluation à un ouvrier c'est lui provoquer des déceptions qu'il rencontrera devant les différentes juridictions auxquelles, muni de l'assistance gratuite, il s'adressera successivement.

Souvent, nous avons pu constater pendant le temps passé au Laboratoire de Médecine légale, les difficultés de l'examen des accidentés, difficultés résidant non pas dans l'évaluation d'une lésion mais dans les divergences de vue des médecins qui ne connaissent pas toujours la valeur des incapacités. Il nous vient à l'esprit l'exemple d'un ouvrier spécialisé, qui, amputé de la moitié de la phalangette du médius droit et de la phalangette de l'index droit avec cicatrices douloureuses et adhérentes, partit mécontent en maudissant l'expert qui venait de l'examiner et de lui octroyer 9 % quand le médecin qui l'avait soigné lui avait généreusement donné 25 %.

Le médecin, le premier médecin qui fixe à la légère une incapacité aussi forte n'est-il pas coupable envers ses malades ? Ne sait-il donc pas que les assureurs connaissent, non seulement les livres faits par les médecins experts, mais possèdent des barèmes d'incapacité conte-

nant la relation de tous les jugements présents et anciens, favorables, cela s'entend, à leurs allégations ?

Tandis qu'une évaluation fixée à 10 ou 12 % pour ce cas particulier serait passée sans difficulté, sans expertise, l'assureur, après avoir consulté ses barèmes, trouva avec raison cette évaluation par trop exagérée ; c'est lui qui en demanda l'expertise.

Le blessé qui s'est vu attribuer 25 %, croyez-vous qu'il va accepter ainsi avec sérénité un pareil verdict ? Il va, lui aussi, demander une nouvelle expertise, car il ne paie pas. Qu'en résultera-t-il ? Ou bien l'ouvrier conservera son 9 %, ou bien il se verra accorder 6 à 8 %.

S'il est permis à un médecin, élève d'une école, de différer d'un autre, disciple d'une autre école, il n'est pas permis en matière d'accident du travail de varier du simple au double.

Simulation

Par simulation il faut entendre la déclaration de maladie ou de symptômes maladifs qui, en réalité, n'existent pas. Ce qui est plus fréquent que la simulation, c'est l'exagération, la déclaration de lésion bien plus sérieuse que celle qui existe réellement.

Comme disait Rohmer, le blessé a toujours une tendance à exagérer (ce qui est humain), afin d'augmenter la somme de son indemnité. Il distinguait :

1° La simulation des maux subjectifs ;

2° La simulation des maux objectifs ;

3° La simulation de la relation entre une maladie quelconque et un accident du travail.

La simulation ne se devine pas, elle se diagnostique. Les erreurs des grands maîtres de la Médecine sont nombreuses, depuis Fœdéré, Peter jusqu'à nos jours. Golebiewski disait : « Du côté des médecins, ce sont les plus jeunes, les moins expérimentés qui voient partout des simulateurs. » D'autre part, Charcot affirmait que l'idée de simulation n'était que trop souvent fondée sur l'ignorance du médecin. A l'heure actuelle où l'on connaît mieux les névroses, on constate la diminution et même la rareté de la simulation ; si bien qu'on peut se demander si maintenant elle existe chez les accidentés du travail. Il n'en était pas de même pendant la dernière guerre. Nous nous souvenons de deux cas : le premier concernait un fantassin qui simulait une mutité ; il avait été blessé au niveau du cou et on avait pensé à tort à une paralysie récurrentielle ; à ce moment, les services de spécialités (c'était en octobre 1914) n'existaient pas ; le contrôle n'avait pas été fait par l'examen du larynx. Le blessé recouvra de lui-même la parole et avoua avoir simulé pour ne pas retourner en ligne. Le deuxième cas nous a été fourni par un Arabe intelligent, servant d'interprète, qui simulait une ankylose du genou ; une anesthésie incomplète poussée jusqu'à la période d'excitation seulement démontra que notre Arabe n'avait aucune lésion. La suite d'ailleurs le prouva, il quitta sa canne et marcha correctement.

Actuellement, il semble que les blessés accusés de simulation peuvent être classés en trois catégories :

1° Simulateurs normaux ;

2° Simulateurs hystériques ;

3° Simulateurs dégénérés.

D'après Sand : « Le simulateur de mentalité normale

n'est pas dangereux, il est trop peu habile, trop peu tenace, trop modeste dans sa feinte pour causer au médecin de graves difficultés.

« Le simulateur hystérique sera facilement reconnu comme tel pour qui connaît les névroses.

« Le simulateur dégénéré est, pour le médecin, l'adversaire le plus redoutable, mais un examen somatique fait découvrir les stigmates de dégénérescence. Un examen minutieux révèle l'hérédité pathologique. »

La lésion d'un membre produit une action directe sur le psychisme de l'individu, une sorte d'auto-suggestion, comme disait le Professeur Bernheim, sur certains blessés qui sont déjà des simulateurs morbides, ce qui montre que la simulation et sa modalité, l'exagération, sont un même phénomène qui confine à la pathologie.

Les réactions de ces blessés sont nombreuses pour les membres :

1° *Cicatrices et affections de la peau.* — L'ouvrier se plaindra de la gêne mécanique d'une cicatrice ou d'une douleur ; il provoquera des éruptions qu'il attribuera au traitement ou à l'accident, mais ses assertions fondront devant un examen médical. Ce qui est plus fréquent, ce seront les plaies ulcéreuses ou atones, prises pour des troubles trophiques, qui ne se cicatrisent pas, car le blessé met tous ses soins à ne pas obtenir la guérison ; une mise en observation avec pansement occlusif démontrera rapidement la tromperie ;

2° *Contractures.* — Elles sont déterminées par l'immobilisation volontaire de l'articulation dont la mobilisation était primitivement douloureuse. Autrefois, on les vérifiait sous anesthésie générale et on traitait de simulateur

tout blessé dont la contracture disparaïssait pendant le sommeil. On ne faisait là que le diagnostic différentiel entre la contracture et la rétraction, car ainsi que Pitres et Dejerine l'ont démontré, celle-ci seule persiste pendant la narcose. Nombreuses méthodes sont actuellement en usage. Le signe de Mannkopf est précieux, il est caractérisé par de la tachycardie, dilatation pupillaire et congestion de la face au moment où l'on provoque de la douleur.

La bande d'Esmarch, par sa traction, fera céder une contracture volontaire, mais on ne peut affirmer qu'il n'y avait pas d'obstacle osseux. Charcot, en utilisant la traction et l'enregistrement de la respiration, décelait les contractures simulées.

La recherche des mouvements décrits par Maas, Hoff et Rothenberg pour l'épaule est utile : « Se plaçant derrière le blessé, on fixe avec la main gauche l'épaule droite puis on élève le bras horizontalement, l'avant-bras étant vertical, la main en haut. Les malades laissent généralement accomplir ce mouvement sans trop de difficulté. Cela fait, on saisit l'avant-bras de la main droite et on le rabat en avant de lui en faisant décrire rapidement un angle le 180° de façon à le placer dans la position verticale, la main dirigée vers le bas. » Si ce mouvement est possible sans douleur, c'est que l'article est sain. La mesure de la limitation des mouvements articulaires sera facilement contrôlée par des mesures successives au goniomètre ou au fleximètre, le simulateur ne pouvant revenir deux fois au même angle. De nombreux signes existent soit pour vérifier la mobilité du cou-de-pied d'après Sand, soit la force de la jambe d'après Percy et Laurent.

Suivant Sand, il ne faut jamais rejeter une donnée fournie par le malade pour le motif qu'elle ne cadre pas avec les connaissances médicales, et il cite le rapport de Hoffa au Congrès des accidents du travail de Liège, en 1905, qui décrit d'une façon magistrale les états pathologiques du genou, dont la méconnaissance fréquente, dit-il, fait soupçonner à tort l'exagération et la simulation : c'étaient l'atrophie musculaire arthrogène d'origine reflexe, l'arrachement ou la luxation d'un ménisque et l'hyperplasie fibreuse du tissu adipeux intra-articulaire pouvant donner naissance à des corps étrangers de l'article.

3° *Paralysie.* — D'après Ehret, il peut apparaître une paralysie d'un groupe musculaire, par attitude vicieuse, soit une contracture d'un autre muscle ; en effet, on voit assez souvent cette affection dans le groupe des péroniers chez un blessé qui, pour éviter des douleurs, marche sur le bord externe du pied ; il contracte son tibial antérieur et relâche ses péroniers. L'attitude vicieuse s'installe et le blessé reste un infirme. L'examen électrique ne révèle aucun signe de dégénérescence et l'examen somatique pas de symptômes de névrose.

D'après Sand, les paralysies organiques flasques présentent trois caractéristiques :

1° Ces impotences sont fixes ;

2° Le caractère de leurs manifestations est absolu ;

3° Les signes de Hösslein et de Kirsch sont négatifs.

La fixité de la paralysie sera contrôlée par l'emploi du dynamomètre de Collin ou d'Ullmann ; avec celui d'Ullmann, l'expert peut, en tirant dans le sens opposé au blessé, vérifier les efforts faits par celui-ci. Pour la mesure de la force des extenseurs, Glibert a imaginé un appareil

pratique. Hahn, pour établir la force de la main, a construit un appareil simple qu'il remplace souvent lui-même par un peson ordinaire à ressort.

Dans le signe de Hösslein, on ordonne au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras en opposant une résistance telle que le mouvement soit lent ; tout à coup, le médecin lâche prise et l'avant-bras complète brusquement sa flexion. Dans une paralysie hystérique ou simulée, le mouvement s'arrête.

Le signe de Kirsch consiste dans la production bilatérale et alternative de mouvements, mais il n'a pas une valeur absolue ; les paralysies s'amendent souvent dans une certaine mesure par les mouvements bilatéraux.

L'atrophie, la diminution du tonus musculaire, la cyanose, le refroidissement local prouvent l'authenticité de la paralysie. Les réactions électriques donnent également des indications très utiles.

4° *Claudication.* — Elle sera facilement reconnue par l'oreille ; en écoutant marcher le blessé, nous aurons le signe du maquignon ; par la vue, en examinant les semelles des souliers et les empreintes des pieds. Si celles-ci sont identiques, c'est que le malade repose autant sur un pied que sur l'autre.

CHAPITRE VI

Incapacités multiples

Dans sa communication à la Société de Médecine légale du 14 mai 1923, le Professeur Balthazard « se propose de donner une solution rationnelle pour l'évaluation de l'incapacité en cas de blessures successives, solution qui ne semble pas avoir été envisagée jusqu'à ce jour, les experts et les juges s'étant basés sur de simples impressions.

Il assimile les blessures simultanées aux blessures successives et, partant du barème militaire de 1919, déduit une formule logique et rationnelle permettant, connaissant la valeur de la première incapacité et la réduction de la capacité globale, de calculer rapidement l'invalidité résultant du deuxième accident :

T = incapacité globale.

T_1 = réduction de capacité après 1er accident.

T_2 = l'invalidité correspondant au 2e accident.

On applique la formule $T_2 = \frac{T - T_1}{1 - T_1}$

Mais il n'existe actuellement que le barème militaire qui est incomplet, car il n'envisage que très peu de cas

de blessures simultanées et d'autre part, il donne des estimations souvent trop élevées.

L'application de cette formule au cas des mutilés de guerre est facile, car ici joue le fonds de prévoyance, qui est alimentée par le versement des patrons soumis à la loi du 9 avril 1898. Il a été prévu pour obliger les industriels à employer les mutilés de guerre. L'ouvrier mutilé touche la rente qui serait donnée à un homme normal atteint du même accident, la différence entre ce taux et celui de l'incapacité réelle trouvée après l'accident subi par le blessé est payée par la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, où se trouve le fonds de prévoyance.

La loi de 1898 ne s'est pas préoccupée des mutilés de la paix, elle n'a pas envisagé la reprise du travail dans les usines après l'accident ; pour eux, il n'existe aucun barème légal concernant la rente à attribuer consécutivement à la deuxième mutilation.

Que devient le mutilé après son premier accident ? Très souvent si l'infirmité est importante, l'ouvrier est obligé de changer de métier ; s'il est intelligent, s'il a une certaine instruction et s'il n'est pas trop âgé, il peut arriver à gagner sa vie dans un autre emploi ; mais ce n'est pas toujours possible et il reste alors à la charge du patron. Si celui-ci est animé de sentiments philanthropiques, il lui trouve dans son industrie un emploi, de surveillance par exemple ; dans le cas contraire, l'ouvrier est livré à lui-même et trouve difficilement de l'embauche, car son patron sait que s'il emploie un ouvrier mutilé, il devra payer une prime d'assurance deux fois plus élevée que pour un travailleur exempt de toute infirmité, ainsi qu'il en résulte après entente entre patrons et assureurs, notre législation actuelle n'ayant pas tenu compte de ces cas

particuliers et cependant assez nombreux. Il paraît évident que cette manière d'opérer lèse le patron et par suite l'ouvrier, car l'employeur, devant l'augmentation de ses primes conservera souvent ses ouvriers blessés mais n'engagera pas d'ouvriers déjà mutilés ; aussi il serait juste que notre pays assimilât aux mutilés de la guerre les mutilés du travail, mutilés de la paix.

AUTEURS		REMY		B. MILITAIRE 1919		ODDO		JURIS-PRUDENCE		JOURNALIERS	
		D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
Bras	Désarticulation	75	60	75	65	75	65	70.75	60 70	70.80	60.
	Amputation 1/3 moyen	67,5	54					70	60		
Avant-bras	Désarticulation	67,5	54	70	60			65		70.80	60.
	Amputation 1/3 moyen	60	48	65	55	70	60	60 75	60		
Main	Perte complète	60	48	65	55	65	55	60 63	55.60	60.75	55.
Pouce	Pouce plus métacarpien	30	24	35	25	35		22			
	Pouce seul	20	16	30	20	30	25	23.25	20	25.35	15.
	Pouce une phalange	6	4,8	10	8	15	10	10.12	6.12		
Index	3 phalanges	12.15	10	15	12	15	10	15	12	10.15	5.
	2 —	7	6	10	8	10	8	7.12	7.10		
	1 —	6	4	5	4	6	4	5.6	4		
Médius	3 —	4	3	10	8	10	8	10.12	8.12	10.15	5.
	2 —	3	2	5	4	8	6	7.8	6.7		
	1 —	0	0	1	0	5	2	4.5	3.4		
Annulaire	3 —	4	3	10	8	10	8	9	10	5.10	5.
	2 —	3	2	5	4	8	6	6	6.8		
	1 —	0	0	1	0	5	2	4	3		
Auriculaire	Plus métacarpien	10	8			8	6	6.8	8	5.10	0.
	3 phalanges	7	6	10	8	6	4	6	5.8		
	2 —	6	4	5	4	3	1		4		
	1 —	1	0 8	1	0	0	0	0	0.3		
Cuisse	Désart. ou amput. interlrochant.	75		80		85.90		95		50.75	
	Amputation tiers supérieur	60		80				80			
	— tiers moyen	50				75.80		70.75			
	— tiers inférieur	45		65		70		68.70			
Jambe	Désart. ou amput. tiers supérieur.	37,5		60		70		70		50.70	
	— — tiers moyen			55		65		60.68			
	— sus-malléolaire	25.35						65.60			
Pied	Désarticulation			50		60.65				40.60	
	Ricard	20		45		50		40			
	Chopard	20		35.40		35.40		40			
	Lisfranc	18.20		30		25.30					
Tous les orteils		10		20.30		20.25				25.35	
Premier orteil sauf 1er et 5e		1		0		3.5					
Deux orteils		2									
Trois orteils		3		4							
Gros orteil		8		5		10.12		7.8		15.20	
Phalange unguéale du 1er orteil		4		2		3.4		5.4			
Gros orteil plus métatarsien		15		20		15.20					
Cinquième seul		1									
Cinquième plus métatarsien		10									
Perte des deux membres		100 °/o		100°/o		100°/o		100°/o		100°/o	
Raccourcissements	1 à 3 centimètres	5 °/o								0.25	
	3 à 6 —	10.15								25.35	
	7 à 13 —	15.30									
Ankyloses complètes Positions favorables	Épaule	19.15		35.25		50.45				40.55	
	Coude	19.15		35.25		25.20				30.40	
	Poignet	9.7,5		20.15		25.20				20.35	
	Manche	30.37		55		55				30.45	
	Genou	15.20		35		40.30				20.30	
	Cou-de-pied	5		10		20.15				10.25	

OMPARATIFS

	G BROUARDEL								OLLIVE		ROHMER
	OUVRIERS utilisant le membre supérieur		OUVRIERS utilisant le membre inférieur		OUVRIERS D'ART		OSCILLATIONS				
	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	
0	70.80	60.70	50.70	40.50	70.90	70.80	50.90	40.80	90	70 80	66.75
0	70.80		50.60		70.90	70 80	50.90	60.80	80	60.70	66.75
5	65.75		45.55		70.90	70 80	45.90	55.80	60.70	50.60	50.75
5	25.35	15.25	15.25	10.25	40.55	25.40	15.55	10 40	30.35 12	20.25 8	25.35 25.35 16.25
5	10.25	5.15	10.15	5.15	25.35	15.25	10.35	5.25	20 2/3 1/2	10 2/3 1/2	16.25 8.16 8
0	10.15	5.10	5.10	5.10	15.25	15.20	5.25	5.20	12 1 2 0	8 1/2 0	8.16 8 0
0	5.10	5.10	5.10	0.5	15.20	10.15	5.20	0.15			8.16
0	5.10	0.5	5.10	0.5	15.20	5.10	5.20	0.10			0.8
	50.75		70.90		50.75		50.90		50.90		66.75
	50.70		60.80		50.70		50.80		50.75		50.66
	40.60		60.80		50.60		40.80		2/3		66
	20.30		40.60		25.35		20.60		20.30		50
	10.20		20.40		15.20		10.40		10		16 16
	100°/₀ 0.20 20.30		100°/₀ 0.45 45.60		100°/₀ 25 25.35		100°/₀ 0.45 25.60		100°/₀		100°/₀
	40.50 30.35 20.30 30.45 20.30 10.25		25.35 10.25 5.15 60.80 40.60 40.60		40.65 35.45 30.45 20.30 20.30 10.25		25.65 10.45 5.45 20.80 20.60 10.60		50.60 10.45 15.20 70.90 20 15.20		41

RÉSUMÉ

Sans avoir la prétention de limiter les appréciations des experts, nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier un barème qui pourrait permettre une évaluation moyenne en tenant compte des particularités capables d'influencer chaque incapacité.

Nous l'avons rapproché d'autres barèmes, nous l'avons comparé à eux et expliqué les raisons de notre travail ; sans insister longuement sur l'examen du blessé, la simulation des différents procédés de mensuration dans les limitations des mouvements, nous avons ébauché la question des invalidités multiples simultanées et successives.

Vu, le 28 juin 1924 :
Nancy, le 28 juin 1924.
Le Président de la thèse,
Pierre PARISOT.

Vu le 29 juin 1924 :
Nancy, le 29 juin 1924.
Le Doyen,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 1er juillet 1924.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Balthazard. — *Médecine Légale*, 1924.

— *Annales de Médecine Légale*, février 1924.

Barrière. — *Annales de Médecine Légale*, juin 1924.

Broca et Ducroquet. — *La Prothèse des amputés en chirurgie de guerre*, 1917.

G. Brouardel. — *Les Accidents du travail*, 1903.

Chavigny. — *Diagnostic des maladies simulées*, 1918.

Comité des Forges de France. — *Accidents du travail. — Nomenclature des taux d'incapacité admis par les Cours et Tribunaux*, juillet 1916.

— *Jurisprudence spéciale des accidents du travail*, janvier 1917.

Duchauffour. — *Les Accidents du travail*, 1905.

Duvoir (*In* Balthazard). — *Annales de Médecine Légale*, février 1924.

Forgue et Jeanbreau. — *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail*, 1924.

Hanriot. — Présentation d'un fleximètre (*Revue Médicale de l'Est*, 15 mai 1911).

Imbert et Oddo. — *Evaluation des incapacités*, 1923.

Jeanbreau, Nové-Josserand, Ombredanne et Desfosses. — *Chirurgie réparatrice et orthopédique*, 1920.

Ollive et Le Meignen. — *Traité médico-légal des accidents du travail*, 1914.

Revue Générale des Accidents du Travail, novembre 1923.

Rémy. — *Cours de Chirurgie et de Médecine légale sur les accidents du travail*, 1902.

— *L'Evaluation des incapacités*, 1906.

ROHMER. — *Les Accidents du travail*, 1902.

RUZIE. — *L'Accommodation aux lésions*. Thèse Nancy, 1912.

SAND. — *La simulation de l'interprétation des accidents du travail*, 1907.

SAVOURET. — *L'ouvrier blessé avant et après la loi du 9 avril 1898*. Thèse Nancy, 1911.

VALENTINO. — *Pensions militaires. Expertises médico-légales et Barèmes militaires*, 1922.

VIBERT. — *Les Accidents du travail*, 1906.

ZEYS. — *La valeur du corps humain devant les tribunaux et les lois sur les accidents du travail*, 1912.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction	7
Chapitre premier. — Historique des barèmes	9
Chapitre II. — Utilité d'un barème	13
Chapitre III (petit tableau). — Fonctionnement, application	17
Chapitre IV. — L'accommodation	25
Chapitre V. — Examen d'un accidenté	29
Chapitre VI. — Incapacités multiples	42
Barèmes comparatifs (tableau hors texte).	
Résumé	45
Bibliographie	47

IMPRIM. M. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES, NANCY.